

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre Jean-Baptiste WAXIN

Ancien Interne pr. de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye
Membre de la Société Anatomique de Paris

Né le 6 Juin 1912, à LANDOUZY LA VILLE (Aisne)

GROSSESSE
EXTRA-UTÉRINE A TERME
(CONSIDÉRATIONS SUR 2 CAS INÉDITS)

TRAVAIL DU SERVICE DE LA MATERNITÉ
DE L'HÔPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE
(DOCTEUR JACQUES COURTOIS)

Président : M. JEANNIN, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre Jean-Baptiste WAXIN

Ancien Interne pr. de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Membre de la Société Anatomique de Paris

Né le 6 Juin 1912, à LANDOUZY LA VILLE (Aisne)

GROSSESSE

EXTRA-UTÉRINE A TERME

(CONSIDÉRATIONS SUR 2 CAS INÉDITS)

TRAVAIL DU SERVICE DE LA MATERNITÉ
DE L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE
(DOCTEUR JACQUES COURTOIS)

Président : M. JEANNIN, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

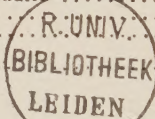
Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 LEVY-SOLAL
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 N.....
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et. . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 FUNCK-
 BRENTANO ... Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) . . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. . . Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.

PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.) . . Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.

HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..
 AUBERTIN
 BRULE
 CPABROL
 DONZELOT ...
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR- VAL-
 LERY-RADOT..
 SEZARY
 } Clinique médicale

MM.

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER ...
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 } Clinique chirurgicale
 ÉCALLE
 METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA GRAND'MERE

A MA GRAND'MERE ET MARRAINE

Bien faible témoignage de ma reconnaissance au regard des bontés qu'elle m'a sans cesse prodiguées.

A MA MERE

A qui je dois tout.

A MON COUSIN
LE DOCTEUR PREUX

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

Professeur de Clinique d'accouchements
Accoucheur de la Clinique Tarnier

*Qui nous a fait le très grand honneur
de présider cette thèse.*

*En témoignage de notre profond respect,
et de notre vive gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES COURTOIS

Membre de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris
Accoucheur de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

*Qui m'inspira ce travail et me guida de
sa grande expérience.*

Je lui dois le meilleur de ce que je sais.

*Je lui exprime ma profonde reconnaissance
pour l'intérêt bienveillant qu'il n'a cessé de
me témoigner.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

BERTRAND, BONNEMAISON, BRUEL,
LAMY, TIMSIT

Médecins de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

En remerciement du précieux enseignement qu'ils ont prodigué pour ma formation médicale.

LAMARE ET LARGET

Chirurgiens de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

A MESSIEURS LES SPÉCIALISTES
DE L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

CHABAUD-WILBERT

Oto-Rhino-Laryngologiste

JARRY

Electro-Radiologiste

WALLON

Radiumthérapeute

RENARD

Professeur agrégé d'Ophtalmologie à la Faculté de Paris

CHRISTOPHE

Neurologiste, Assistant à la Salpêtrière

MAX LEVY

Gastro-entérologiste

C. HUC

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

LECOQ

Directeur du laboratoire de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

A MONSIEUR C. CONTREMOULINS

Chef du laboratoire de Métroradiographie de l'Hôpital
de Saint-Germain-en-Laye

A MADAME V. BECKER

Assistante du laboratoire de Métroradiographie de l'Hôpital
de Saint-Germain-en-Laye

*En remerciement de leur affabilité constante,
qui s'est particulièrement manifestée
pour la réalisation de ce travail.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLERC

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

DEFINITION

Par grossesse extra-utérine à terme, on entend toute grossesse ectopique évoluant hors de l'utérus jusqu'à terme, et qui ne peut trouver physiologiquement issue par les voies naturelles.

L'intérêt de cette question réside :

Dans la difficulté du diagnostic ;

Dans le traitement qui, pendant longtemps, a été très discuté.

Faut-il intervenir aussitôt le diagnostic posé ?

Faut-il attendre le terme pour extraire un enfant vivant ?

Faut-il, pour ne pas risquer la vie de la mère, attendre la mort du fœtus ?

Alors que dans les premiers mois de la grossesse extra-utérine, tous les auteurs sont d'accord pour intervenir sans temporiser.

HISTORIQUE

La grossesse extra-utérine a été remarquablement étudiée dans la thèse de notre Maître le Docteur COURTOIS et dans les observations suivantes :

Du Docteur GIGOU : un cas de grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme.

De MM. DALEAS et MARRIQ (de Phnom Penh) : grossesse tubaire à terme avec mère et enfant vivants.

De MM. PORTES, DESNOYERS, LEBLANC : gestation ectopique ayant évolué jusqu'à terme.

De M. A. BRINDEAU : considérations sur la conduite à tenir dans la grossesse extra-utérine aux environs du terme.

De MM. BEGONNI et MAYET : une grossesse extra-utérine arrivée par exception à terme est rarement reconnue tant que le fœtus est encore vivant.

De M. Marc-Adrien WEILL : à propos d'un cas de grossesse extra-utérine avec enfant vivant au-delà du sixième mois.

FREQUENCE ET STATISTIQUE DE LA G. E. U. PRES DU TERME

La grossesse extra-utérine dépasse rarement les premiers mois. Tous les auteurs considèrent que cette grossesse anormale dépasse très rarement le quatrième mois, et plus rarement encore les derniers mois.

Pourtant, elle n'est pas aussi exceptionnelle qu'on le pense et le Professeur BRINDEAU a pu en effet observer 7 cas de grossesses ectopiques aux environs du terme sur 79 accidents des premiers mois.

Sur ces 7 cas, il s'agissait presque toujours de grossesses intra-ligamentaires (4 sur 7), une grossesse péritonéale secondaire, une grossesse ovarienne et une tubo-ovarienne.

Age. — Comme dans les G. E. U. ne dépassant pas les premiers mois, il s'agit en général de femmes ayant dépassé vingt ans.

Pour STAMM. — L'âge moyen est autour de la trentaine :

de 16 à 20 ans	0	à 2,2 %
de 21 à 25 ans	11,9	à 19 %
de 26 à 30 ans	31,9	à 30,4 %
de 31 à 35 ans	31	à 27,2 %
de 36 à 40 ans	22,4	à 19,6 %
de 41 à 47 ans	3,5	à 1,6 %

En général, elle est rare chez la primipare.

Le Professeur BRINDEAU ne trouve que 15 primipares sur 100 cas.

ETIOLOGIE

Les causes des grossesses extra-utérines peuvent être :

— Une malformation des organes génitaux internes (différenciation de canaux de Müller incomplète).

— Une affection des trompes, de l'utérus, de l'ovaire,

— Un parcours anormal de l'ovule fécondé,

— Une anomalie de l'ovule ou du spermatozoïde.

D'une statistique de STAMM, il résulte que la grande cause des grossesses extra-utérines semble être le reliquat de lésions anciennes dans la trompe.

PATHOGENIE

« L'œuf, a dit BRINDEAU, est un véritable cancer pour la femme qui ne se défend contre lui que par réaction de son utérus. »

Les villosités choriales, en effet, détruisent, rongent le tissu utérin et celui-ci pourrait être perforé s'il ne se défendait pas.

Aussi, dans la grossesse extra-utérine, l'œuf situé hors de l'utérus ne se trouve pas dans les conditions requises à son développement.

Il s'est alors développé habituellement dans la trompe, quelquefois dans l'ovaire, qui sont des organes à parois trop minces pour résister aux villosités choriales qui, en rompant les vaisseaux, déterminent un raptus hémorragique, un infarctus, un décollement de l'œuf et une hémorragie aboutissant soit à une rupture ou à un avortement.

Ces accidents à peu près d'égale fréquence surviennent dans les trois premiers mois.

L'avortement :

En cas de décollement dans une trompe résistante, aboutit à la formation d'un hémato-salpinx.

Au niveau de l'utérus, c'est l'avortement tubo-utérin. Le sang s'écoule par le vagin, aussi dit-on fausse-couche.

Au niveau du pavillon de la trompe : c'est l'avortement tubo-abdominal.

La rupture donne naissance, elle aussi, soit à une hématoçèle, soit à une inondation péritonéale.

Ainsi donc, la grossesse extra-utérine arrive si rarement à terme parce que l'œuf est un véritable cancer destructeur et infiltrant, qui se libère par hémorragie de ses contacts avec les tissus annexiels et même association du concours maternel.

Et elle atteint le terme, le plus souvent quand elle devient intra-ligamentaire.

Parfois, la grossesse tubo-abdominale peut parvenir à terme en se développant dans la cavité péritonéale : grossesse abdominale secondaire, exceptionnellement : grossesses ovariennes et grossesses interstitielles.

Enfin, il semble bien que les grossesses abdominales primitives existent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Grossesse ovarienne.

Elle est absolument exceptionnelle. L'observation de POPOFF et FUTH est une grossesse ovarienne certaine à terme.

Le kyste fœtal est mobile, entouré de tissu ovarien. La trompe est saine, libre, non dilatée. Elle passe au-dessus de la tumeur.

Le sac est constitué par le corps jaune.

Le plus souvent, il semble que c'est une grossesse greffée à l'extrémité de la trompe ou dans le ligament large, à la surface de laquelle s'étale une portion d'ovaire.

Grossesse interstitielle.

La tumeur se développe en haut et en dehors, au point d'insertion de la trompe sur l'utérus.

Le sac se rompt le plus souvent au sommet dans les trois premiers mois, car, comme il n'y a pas de caduque vraie, les villosités s'insèrent directement dans le muscle utérin (destruction intense de la paroi utérine).

Grossesse tubaire.

La greffe se fait le plus souvent dans la portion ampullaire. La trompe s'épaissit, mais l'épaisseur est

moins accentuée au niveau de l'insertion de l'œuf. Comme pour l'utérus, la paroi tubaire subit une hypertrophie des fibres musculaires, une infiltration leucocytaire, un œdème du tissu conjonctif. Ses vaisseaux augmentent de volume. Mais, par place, cette caduque manque, et les villosités se frayent un chemin directement dans la couche fibro-musculaire de la trompe. Aussi s'explique-t-on facilement l'altération de cette zone et des hémorragies entre la paroi ovulaire et tubaire peuvent causer l'avortement tubaire par ictus apoplectique et raptus hémorragique.

L'évolution de cette grossesse tubaire est :

- L'avortement intra tubaire,
- L'avortement tubo-abdominal,
- L'avortement tubo-utérin,
- La rupture tubaire.

Quand la grossesse tubaire atteint la première moitié de son évolution, elle a 95 % de chances (SITTNER) de continuer son évolution jusqu'aux environs du terme. D'après KRAUS et B. SCHMIDT la formation de la caduque est due à une excitation de nature inconnue.

Comme tissus susceptibles de répondre à cette excitation il y a, en dehors de la muqueuse utérine, la muqueuse des trompes, certaines régions du péritoine pelvien, et la couche corticale de l'ovaire.

Ces excitations peuvent être d'origine mécanique ou inflammatoire.

Plusieurs mécanismes peuvent permettre à la grossesse extra-utérine d'aller jusqu'à terme :

— ou bien la grossesse s'est entièrement développée aux dépens de la trompe, sans adhérence aux organes voisins,

— ou bien la grossesse ampullaire peut devenir secondairement abdominale, qu'il y ait eu rupture ou non de la poche tubaire ; le fœtus pénètre dans la cavité abdominale. Le placenta reste en place. C'est alors qu'une poche se forme autour du fœtus, par agglutination de mésentère, d'anses intestinales, d'épiploon, le tout cimenté par des adhérences.

On note, de plus, que ces grossesses vont à terme quand le placenta s'insère à la face inférieure de la trompe. La tendance à la perforation est alors moins grande et le placenta est sur une zone très vasculaire (artère tubo-ovarienne) qui le nourrit bien.

— ou bien, le plus souvent, la grossesse extra-utérine atteint le terme quand elle devient intra-ligamentaire ou sous-péritonéo-pelvienne.

L'œuf dilacère la paroi inférieure de la trompe. La grossesse devient une véritable tumeur du ligament large, cette tumeur distend l'aileron supérieur, se développe à la base de cet aileron, dans le tissu cellulaire, à la base du ligament large.

La poche constituée par les fibres musculaires du ligament large suit dans son évolution les zones décollables, c'est-à-dire : en avant, refoule la vessie, en arrière, décolle le péritoine du Douglas.

Au sommet de cette poche sont étalés les vaisseaux ovariens.

L'utérus est entraîné très haut par cette tumeur

foétale du ligament large qui lui est étroitement accolée.

Exceptionnellement, il y a primitivement greffe de l'œuf dans l'abdomen. C'est alors que le placenta membraneux, étalé, diffus multicotylédonnaire, s'insère sur une large surface. Les villosités choriales, perforant tous les tissus qu'elles rencontrent, y enfoncent leurs crampons.

Ces placentas ressemblent à du mastic, blanc grisâtre, ce qui est dû aux hémorragies anciennes. Les points d'insertion sont très variables : dans la cavité pelvienne, sur le cæcum, dans le Douglas, sur l'utérus (BRINDEAU), le mésentère, l'épiploon, l'intestin, le foie, dans la fosse iliaque. Il peut y avoir parfois des hémorragies foudroyantes quand le placenta est inséré sur des zones très vascularisées. On raconte même que certains opérateurs ont eu des hémorragies cataclysmiques et mortelles sur la table d'opération en essayant de décoller le placenta de la veine cave inférieure ou de l'artère iliaque.

Modifications de l'utérus et de la trompe non gravidés

L'utérus s'hypertrophie comme dans une grossesse utérine. Il s'aplatit parfois tellement qu'on ne peut plus le distinguer à la palpation entre la paroi abdominale et le kyste foetal.

Le plus souvent, il est directement derrière la symphyse pubienne, — ou latéralement, dans une des deux fosses iliaques, surtout dans le cas de grossesse intra-ligamentaire.

En arrière, il est difficile à rechercher.

Il se produit une caduque qui peut être expulsée lors du faux travail.

La trompe non gravide ne se modifie pas.

Forme du fœtus.

En général, ces fœtus sont petits, peu viables, car le placenta inséré sur des organes qui ne sont pas destinés à cet usage ne suffit pas au métabolisme. Cependant, parfois, les enfants se sont développés et sont devenus normaux.

De plus, très souvent, ces fœtus sont malformés, parce que comprimés par le manque de liquide amniotique. Ainsi, voit-on des têtes plus ou moins écrasées, des thorax aplatis, des pieds et des mains fœtus.

EVOLUTION HABITUELLE
D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTERINE
ALLANT JUSQU'A TERME

Il s'agit le plus souvent de grossesse péritonéale secondaire, la paroi du sac fœtal se trouvant alors constituée par l'intestin, l'épiploon, le ligament large et les parois pelvi-abdominales. Plus fréquemment encore, la grossesse se développe dans le ligament large. Seules donc, les grossesses extra-utérines se développant à l'orifice des trompes ou sur les ligaments du péritoine peuvent aller à terme.

Pendant toute la période exceptionnelle où une grossesse extra-utérine s'achemine vers le terme, de nombreux troubles l'accompagnent. Ces troubles correspondent à une petite hémorragie intra-tubaire, avec décollement partiel du placenta, ou à une rupture tubaire progressive, à des phénomènes subocclusifs plus ou moins douloureux.

Exceptionnellement, on a pu voir des grossesses ectopiques évoluant jusqu'à terme sans déterminer aucun trouble.

Lorsque la grossesse ectopique parvient à terme, ou se trouve, au voisinage du terme, il se produit un faux travail se traduisant par une série de contractions utérines douloureuses vaines, un début de dilatation

utérine, des pertes de glaires et de sang ; parfois il y a expulsion de la caduque utérine, qui peut être complète, formant une poche membraneuse épaisse, ou au contraire déchirée et plus difficilement reconnaissable. Son examen sous l'eau facilitera le diagnostic.

La durée de ce faux travail est très variable, en général quelques heures.

Durant ce faux travail, le fœtus souffre, présente des mouvements convulsifs et meurt; alors que progressivement les bruits du cœur ont diminué puis disparu.

Comment expliquer ce faux travail, en comparant placenta et fœtus.

Plus la grossesse avance en âge, plus le placenta se montre insuffisant au développement du fœtus. La surface d'échange du placenta maternel ne croît pas aussi vite que le volume fœtal. L'appel est excessif, et les vaisseaux maternels ne peuvent suffire : il doit y avoir spasme et réaction contre l'excessive distension des vaisseaux maternels surmenés.

Après la mort du fœtus, l'évolution se fera soit vers la rétention aseptique avec lithopédion, soit, le plus souvent, vers l'infection de la poche.

Il peut y avoir aussi macération du fœtus :

1° Vers le huitième jour, l'épiderme détaché laisse le derme à nu. Les os du crâne chevauchent.

Au bout d'un mois, le fœtus, complètement ramolli, s'aplatit comme une masse gélatineuse.

S'il est retenu longtemps dans la cavité abdomi-

nale, le fœtus subit une infiltration calcaire et devient un lithopédion :

Le fœtus est dans une poche infiltrée de sels calcaires. Il présente une nécrose aseptique sans putréfaction et toutes les cavités et tous les tissus sont infiltrés.

2° Mais, le plus souvent, l'évolution se fera vers l'infection de la poche par les bactéries habituelles du tube digestif, et élimination d'os par fistules (rectum, fosse iliaque, ombilic, échancre, sciatique, etc.). Ce kyste fœtal ne contenant que des tissus morts, l'infection s'étendra rapidement, et si la suppuration s'établit, le pus tendra à se faire jour par une fissure qui fera communiquer la poche avec un viscère accolé (intestin, paroi abdominale, vessie et vagin plus rarement).

Mais si les microbes gagnent le péritoine, il se produit alors une péritonite généralisée rapidement mortelle.

Quatre à six semaines après la mort du fœtus, il y a régression de la circulation sanguine placentomaternelle, et on assiste également à la régression des signes sympathiques de grossesse, ainsi qu'à une montée laiteuse, quand le placenta est suffisamment résorbé.

La résorption des produits de protéolyse intoxicque et sensibilise la femme, ce qui explique la tendance aux chocs et syncope mortels (Mme V...). D'où l'intérêt des recherches des substances du métabolisme dans le sang (acides aminés, polypeptides, acides gras, acide lactique, acide urique, réserve alcaline, chlores...).

SYMPTOMATOLOGIE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE PARVENANT A TERME

Aspect général. — Interrogatoire.

Il s'agit souvent d'une femme d'une trentaine d'années qu'on devra interroger avec grand soin.

On notera fréquemment une anomalie des règles. Cette femme présentant des règles normales quant à leur durée et à leur importance, les voit supprimées puis réapparaître sous forme d'écoulement rouge brunâtre pendant quelques jours. Puis elles disparaissent de nouveau pendant un temps plus ou moins long.

Parfois les règles disparaissent pendant plusieurs mois pour réapparaître. Ce qui est important, ce sont ces petites pertes de sang irrégulières, anormales dans leur fréquence, leur quantité, leur aspect, leur durée.

Parfois la femme peut perdre continuellement du sang rouge qui s'écoule goutte à goutte (Hémorragie distillante de Pozzi),

Parfois il n'y a aucune perte de sang comme dans le cas exposé par le Docteur Gigon, dont on lira l'observation dans les annexes.

Mais souvent, coïncidant avec ces pertes sanguines, apparaissent des douleurs abdominales plus ou moins

violentes accompagnées fréquemment de tendances syncopales.

Douleurs latéralisées siégeant dans le bas ventre, parfois dans une fosse iliaque, parfois dans les deux, se propageant du côté du rectum, à l'épigastre, à l'épaule du même côté.

Elles sont spontanées, vives, — douleurs en éclair disent certaines malades, — n'ayant aucun horaire, mais quelquefois plus marquées la nuit que le jour, survenant parfois chaque semaine.

Souvent ces douleurs s'accompagnent de tendances syncopales et de la perte d'un peu de sang rouge liquide, moins abondant que celui des règles habituelles.

Devant ces douleurs, le médecin consulté prescrit le repos au lit. Mais souvent, dès que la malade se relève, les douleurs reparaissent plus intenses, peuvent s'accompagner de vomissements bilieux abondants, de constipation et d'une température aux environs de 38°.

C'est ainsi que les douleurs et les pertes tiennent le premier plan pendant neuf mois. On a rarement vu des grossesses ectopiques se développer absolument normalement.

Vers le neuvième mois, c'est-à-dire presque au terme de la grossesse, les métrorragies et les douleurs s'accroissent. De plus, les contractions douloureuses sont différentes de celles ressenties jusqu'ici.

Ce sont des contractions douloureuses parfois exactement semblables à celles d'un accouchement précé-

dent. Elle ressent des coliques violentes dans les reins, se plaint de bouffées de chaleur et de transpiration et il peut en être ainsi pendant une dizaine de jours. Pendant ce temps, elle a expulsé des débris de membrane, mais pas de liquide amniotique.

Cette crise douloureuse du neuvième mois correspondant au faux travail va être suivie d'un calme relatif. Il y a prolongation anormale de la grossesse et les phénomènes de la grossesse subissent une régression.

L'abdomen diminue de volume, la femme ne sent plus remuer, les seins augmentent de volume dans les jours qui suivent et du mamelon s'écoule du liquide jaunâtre. Les varices s'affaissent.

Les troubles sympathiques de la grossesse disparaissent (nausées, vomissement, ptyalisme).

Enfin la malade revoit ses règles non douloureuses, normales dans leur durée et leur fréquence.

Examen physique.

A l'inspection. — On note une augmentation de volume de l'abdomen. On constate une tumeur qui est la poche gravidique, de forme ovoïde, à grand axe souvent oblique, parfois transversal ; elle n'a pas le grand axe vertical comme un utérus gravidique.

Elle est de plus moins régulière qu'un utérus gravidique.

Sa situation est importante à préciser : souvent latérale occupant l'hypocondre et le flanc droit ou

gauche, remontant presque jusqu'au rebord costal et débordant la ligne médiane de trois travers de doigt.

A la palpation, cette tumeur est collée à la paroi et irrégulière,

Souple par endroits, bosselée, dure à d'autres;

On ne peut la mobiliser transversalement comme un utérus gravide.

De plus, il n'y a pas de contraction au niveau de la poche, mais ce signe manque assez souvent, car la poche présente de fausses contractions dues à ce que l'œuf est inclus partiellement dans la trompe et le ligament large dont les fibres se sont hypertrophiées. Aussi la main qui palpe a-t-elle une sensation de durcissement intermittent.

On précisera enfin la situation du fœtus. Il paraît souvent plus superficiel que dans une grossesse normale.

Sa situation est variable, mais dans la majorité des cas la présentation est longitudinale et plonge parfois profondément dans l'excavation.

Parfois la palpation est rendue difficile par d'épaisses adhérences qui masquent le fœtus et souvent la tension de la masse abdominale assez marquée ne permet de percevoir aucune partie fœtale.

On ne manquera jamais de rechercher l'utérus vide que par le palper on trouvera à côté ou en avant de la poche gravide du volume du poing environ. Il est souvent assez haut et peut se contracter sous la main. Rarement il est postérieur et seulement accessible au toucher rectal.

Le toucher vaginal va permettre de préciser la situation du col.

Associé au palper abdominal, il précisera les rapports du col et du corps et permettra de délimiter nettement les deux tumeurs : l'utérus et la poche gravidé.

Enfin parfois au bout du doigt au contact du col, on sent une masse dure faisant corps avec la tumeur abdominale et qui semble être une tête fœtale.

Le col est dévié, remonté, plaqué derrière la symphyse pubienne repoussé du côté opposé à la tumeur.

Cette déviation lui donne une situation haute, antérieure et latérale.

Le ramollissement du corps et surtout de l'isthme peuvent lui permettre une extrême mobilité.

Associé au palper, le toucher permettra de délimiter les deux tumeurs.

Mais malgré tout l'utérus peut être très difficile à sentir par suite du ramollissement excessif et donner l'impression d'une nouvelle présentation d'où le signe de la « double présentation ».

Et, de plus, il est plaqué contre la poche, coincé entre elle et la paroi abdominale, ce qui le rend très difficile à dissocier de la poche fœtale.

C'est à cause de cette difficulté qu'il y a parfois à différencier l'utérus de la poche gravidé que des examens complémentaires ont été préconisés :

Le cathétérisme vésical, donnant la situation exacte de la vessie,

Le toucher rectal, permettant parfois de sentir le

fond utérin quand le kyste fœtal s'est développé en avant de l'utérus.

La recherche des contractions utérines après injection d'hypophyse. Parfois le toucher intra-utérin est possible.

A l'auscultation, on entend les bruits du cœur du fœtus.

Après le faux travail, on note :

l'expulsion de la caduque utérine,
l'ouverture de l'orifice externe du col,
une disparition des signes de compression pel-
vienne,
une montée laiteuse.

Examen radiologique.

La radiographie rend des services dans les grossesses ectopiques ayant dépassé cinq mois.

Deux cas peuvent se présenter ;

a) Le fœtus est vivant.

Par une radiographie de l'abdomen, on voit parfois que le fœtus est très élevé au-dessus du D. S. très replié sur lui-même et tassé dans un œuf très petit, élevé, très superficiel, très étale et plus visible que normalement, car il y a peu de liquide, pas de paroi utérine interposée, et contact avec la plaque ventrale.

Quand on met la femme en Trendelenburg, on peut voir le fœtus élevé sous le foie (BOUCHACOURT).

Parfois le cliché pris en position ventrale fait penser à première vue qu'il s'agit d'une gestation intra utérine car la tête fœtale exactement médiane paraît plonger légèrement dans l'excavation ; une radiographie de profil peut parfois donner les mêmes impressions.

Ainsi donc, dans ce cas particulier, le diagnostic radiologique est impossible.

b) Le fœtus est mort.

Alors la radiographie montre un chevauchement des os du crâne trop vaste autour d'un encéphale diminué trop petit.

Ainsi, par exemple, la forme en bissac du profil de la tête ne se rencontre qu'au cas de macération avancée.

Et surtout quand le fœtus est mort, une injection de lipiodol dans l'utérus permet de localiser le fœtus mort.

C'est notre maître le Docteur COURTOIS, dans le service du Pr. BRINDEAU, qui le premier a réalisé cette recherche avec M. Claude BÉCLÈRE, selon une technique précise et minutieuse.

Pour s'assurer de la position réelle du fœtus, on peut également insinuer aussi profondément que possible dans la cavité utérine une sonde de Nélaton, renfermant à son intérieur un fil de Pl,

On prend deux clichés :

l'un de face malade position ventrale,

l'autre de profil, malade decubitus latéral droit.

La malade est légèrement inclinée en arrière pour éviter la superposition des images des deux os iliaques.

Le même procédé peut se faire avec le doigt dans l'utérus.

La radiographie montre alors que les sondes ou du moins l'une sont en réalité à 3 ou 4 cm de la tête fœtale.

L'étude de ces clichés montre la direction de la cavité utérine par rapport à la tête fœtale.

Cet aspect ne peut s'expliquer que par la situation extra-utérine du fœtus ou par l'existence d'une malformation utérine, la sonde étant située dans un hémio-utérus et le fœtus dans l'autre hémio-utérus.

On voit donc qu'ici encore rien ne permet de conclure.

Diagnostic positif.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine devra être fait le plus précocement possible.

Toute grossesse extra-utérine jeune doit être interrompue le plus tôt possible par une intervention chirurgicale. La vie de la femme est en effet menacée comme par une tumeur maligne.

Etant donné la rareté de la grossesse extra-utérine après trois mois, elle sera souvent méconnue surtout si le fœtus est vivant. On croit à une grossesse utérine et la partie bosselée et irrégulière peut être prise pour une tumeur annexielle ou l'utérus non gravide pris pour une tumeur *prævia*.

Mais des renseignements précieux seront tirés de l'interrogatoire.

Dans les trois premiers mois de cette grossesse est apparue une crise douloureuse pelvi-abdominale correspondant à l'accident d'hématocèle.

L'œuf s'est greffé dans le péritoine et y continue son développement. D'autres crises douloureuses avec tendance syncopale ont pu lui faire suite.

La malade a été frappée également par la fréquence des hémorragies, petites pertes de sang noir qu'accompagnaient des coliques utérines.

L'examen cherchera à mettre en évidence l'existence de l'utérus non gravide à côté de la poche gravide.

On recherche les caractères de la poche gravide : sa forme ovoïde à grand axe oblique — irrégulière, sa consistance variable.

sa situation souvent latérale et haute dans une fosse iliaque,

l'absence de contraction au niveau de la poche : c'est un signe de grande valeur qui manque souvent.

Situation du fœtus superficielle :

sensibilité ou permanente sourde ou exacerbée par la palpation de la poche gravide.

On recherche l'utérus vide :

en général antérieur, remonté,

rarement postérieur accessible au toucher rectal.

Par le toucher vaginal, on trouvera un col remonté, plaqué haut derrière la symphyse pubienne repoussé du côté opposé à la tumeur d'une mobilité variable.

Par le toucher associé au palper, on précisera l'utérus, mais parfois il sera difficile de le sentir car il est très ramolli, coincé entre la paroi et la tumeur.

C'est alors qu'on fera des examens complémentaires :

un cathétérisme vésical,

le toucher rectal,

la recherche des contractions utérines après injection d'hypophyse,

une radiographie de l'abdomen sans préparation, puis avec lipiodol, ou avec cathéter métallique dans l'utérus.

Au moment du faux travail, le diagnostic reste difficile surtout au début.

La femme présente des douleurs à intervalles réguliers, perd des glaires et un peu de sang.

A l'examen on ne trouve que peu de modifications du col.

On perçoit les bruits du cœur normaux.

Mais si l'expulsion de caduque utérine se produit on peut affirmer la grossesse extra-utérine. Elle a une valeur diagnostique de premier plan.

De même la vacuité utérine au toucher digital intra-utérin est parfois possible.

Les bruits du cœur disparaissent et on en arrive à la phase de rétention où le diagnostic est facile.

L'interrogatoire en effet réunit dans les antécédents tous les éléments précédents, mais suivis de régression des signes de grossesse. Il faut alors éliminer une gros-

sesse utérine prolongée en montrant la présence extra-utérine du fœtus.

L'abdomen a diminué, les seins augmentent de volume et dans les deux ou trois jours qui suivent, une petite poussée de sécrétion lactée, ou mieux, colostrale apparaît. En même temps disparaissent tous les signes groupés sous le nom de signes sympathiques de la grossesse. Nausées, vomissements, ptyalisme disparaissent, ainsi que l'albumine et les signes toxiques concomitants.

Une réaction quantitative de BRINDEAU et HINGLOIS montre un dosage hormonal inférieur à 600 unités lapin qui permet de conclure à l'absence de vitalité placentaire.

Si la rétention du fœtus mort est ancienne, rien ne permet d'y penser, seule alors la radio et la ponction du Douglas pourraient avoir quelque intérêt.

Diagnostic différentiel.

Les grossesses extra-utérines s'accompagnent de douleurs, d'hémorragies, de gros ventre obstétrical, d'occlusion ; le diagnostic se posera avec de nombreuses affections.

Devant un *ventre douloureux*, il faudra penser à une rétroversion de l'utérus gravide avec cystite, à une grossesse avec annexite, à un utérus gonococci-que gravide avec hydrohématorrhée.

Très souvent ce seront les douleurs des muscles abdominaux, les symphysalgies (ostéomalacie fruste),

des névralgies variables, dans les reins, les régions costales, régions obturatrices dans les jambes, mollets, pieds. Ce sont des douleurs par avitaminose B, dysmétabolisme qui disparaîtront dans les suites de couches.

Il faudra penser à l'Hydramnios aigu, mais il y a augmentation rapide du ventre ; à la gémellaire qui sera souvent d'un diagnostic très difficile avec la grossesse extra-utérine, l'utérus étant pris pour une seconde présentation, et seule la radio permettra de confirmer ou d'infirmer le diagnostic.

Quant à la rupture utérine et l'apoplexie utéro-placentaire, nous discuterons leur diagnostic avec la grossesse extra-utérine dans le chapitre du diagnostic des hémorragies.

Le diagnostic de ce ventre douloureux de la grossesse extra-utérine pourra même se poser avec l'utérus gravide tordu, mais il y a un syndrome péritonéal très douloureux s'accompagnant alors d'un utérus ligneux avec douleur exquise au niveau de l'isthme.

Devant un *syndrome occlusif* de la grossesse extra-utérine, il faut penser à la compression due à un fibrome volumineux enclavé dans le Douglas où il peut être maintenu par des adhérences.

L'occlusion n'est jamais complète dans ce cas et est le plus souvent précédée de rétention urinaire (vessie énorme).

Quant à la compression intestinale par un utérus volumineux (gémellaire hydramnios) elle est très rare

et d'ailleurs intermittente, apparaissant avec la position et les déplacements de l'enfant.

L'occlusion chez la gestante présentera de grandes difficultés de diagnostic étiologique. Elle impose l'intervention d'urgence et ce n'est que par une intervention précoce, rapide, complète et s'adressant à la cause de l'occlusion, qu'on peut espérer sauver ces femmes.

Devant un *syndrome hémorragique* de la grossesse extra-utérine, on pourra penser à une môle à terme, mais il n'y a pas de bruits du cœur, on ne peut préciser la position du fœtus ; il y a augmentation rapide du ventre, et de gros signes de toxémie.

D'ailleurs le dosage des Hormones confirme le diagnostic. Le diagnostic se posera également avec l'hémorragie rétro-placentaire soit l'hémorragie mécanique ; mais le sang ruisselle sur le fœtus pendant l'expulsion. L'abondance de l'hémorragie est caractéristique et d'ailleurs on ne connaît qu'un cas rarissime de grossesse extra-utérine accouchée par les voies naturelles après rupture du Douglas, qui pouvait simuler ce cas d'hémorragie.

Soit l'hémorragie toxique ou parfois les hémorragies sont minimales, mais il y a dureté ligneuse de l'utérus, du vagin, du col.

Dans la rupture utérine, on pourra noter également comme dans certaines grossesses extra-utérines, la superficialité du fœtus.

Mais dans la rupture, il y aura coup de poignard,

grande hémorragie, et la femme peut être porteuse de cicatrice de césarienne corporeale antérieure.

Le diagnostic se posera également avec les hémorragies type benkiss, mais il n'y a aucun signe d'hémorragie du côté de la mère, tous les signes sont du côté du fœtus :

avec varices vulvo-vaginales.

avec déchirures du col cicatriciel ou néoplasme du col, mais surtout avec le placenta prævia et accessoirement la déchirure du sinus circulaire.

On note alors un mauvais segment inférieur, des culs-de-sac peu profonds, pas d'amincissement du col, on ne sent pas la présentation qui reste haute souvent anormale. Le toucher intra-cervical révèle une zone lisse, mince, tendue (les membranes), tandis que dans la grossesse extra-utérine la caduque flotte plus ou moins et est dépressible.

C'est à la fausse-couche que l'on pense en général et le repos au lit est conseillé.

C'est à ce sujet que M. Marcel METZGER a fait une leçon ayant pour sujet : « On exagère le repos au lit pendant la grossesse ». (Leçons du jeudi soir, à la Clinique Tarnier, 1936.)

« A chaque incident, le traitement consiste dans le repos au lit sans que l'on ait précisé le diagnostic ; un des signes de cette prescription facile est que l'on ne fait pas de diagnostic. C'est particulièrement dangereux quand il s'agit de grossesse extra-utérine. Quand une femme souffre pendant sa grossesse, il est indispensable d'en rechercher la cause : le repos au

lit n'est presque jamais un traitement ; il est inutile si les douleurs se rattachent à quelque trouble du métabolisme, il est insuffisant et dangereux s'il s'agit d'extra-utérine qu'il y a intérêt d'opérer au plus tôt. »

Quand une femme présente des signes de grossesse avec une tumeur placée en arrière ou sur un des côtés de l'utérus, il faudra penser à toutes les tumeurs d'ailleurs excessivement variables, pouvant provenir du bassin lui-même, de ses parties molles ou des organes qu'il contient, ou même des organes abdominaux voisins. Elles ont été parfaitement étudiées dans les leçons du jeudi soir (clinique Tarnier) par le professeur JEANNIN.

Par *tumeurs du bassin*, il faut entendre non seulement celles des os du bassin, mais aussi celles des ligaments et des trousseaux fibreux qui recouvrent les articulations. Et si l'on établit qu'il s'agit d'une tumeur, on déterminera la nature de cette tumeur.

S'il s'agit d'une tumeur dure, de consistance osseuse, de volume petit, ne déterminant d'ailleurs aucun symptôme et ne causant aucune douleur, on songera à une exostose, surtout si la tumeur siège au sacrum ou au pubis et qu'elle a l'aspect épineux, ou à un cal en cas de fracture ancienne.

L'enchondrome au début ressemble assez à l'exostose, mais généralement il se développe sur les parties latérales du bassin.

L'enchondrome ne tarde pas à se développer, mais

en même temps il devient kystique, se ramollit par places et le diagnostic se pose avec l'ostéosarcome.

Mais l'évolution de l'ostéosarcome est très rapide. Elle s'accompagne de douleurs atroces ; l'état général est plus profondément touché et la cachexie arrive à brève échéance.

Les fibromes sont des tumeurs indolentes, arrondies à surface lisse.

Il n'existera aucun doute quand la tumeur sera pédiculée et mobile.

Rétroflexion de l'utérus gravide. — On n'insistera pas sur ce diagnostic qui se pose dans les trois premiers mois de la grossesse. On ne manquera jamais de faire un cathétérisme.

Fibromes utérins. — Ici le diagnostic différentiel des fibromes avec la grossesse extra-utérine à terme est beaucoup plus difficile. On recherchera si la tumeur ne jouit point d'une mobilité relative, si elle ne fait pas corps avec l'utérus.

Très souvent on a pris l'utérus pour un fibrome et le sac ectopique pour l'utérus.

Les *kystes de l'ovaire* comme les fibromes sont d'un diagnostic difficile, car on ne peut se reposer sur le manque de propagation à l'utérus des mouvements imprimés à la masse. Il est des kystes qui sont durs par places comme des tumeurs de grossesses extra-utérines à terme.

Par le toucher, on peut en apprécier la surface arrondie, la résistance, la fluctuation ; dans certains cas, une ponction exploratrice assurerait le diagnostic.

Kystes hydatiques du petit bassin. — Ce sont des tumeurs lisses et arrondies souvent multiples. On recherchera s'il n'y a pas en un point quelconque de l'organisme un autre kyste de même nature, puisque ces lésions sont ordinairement multiples.

Une ponction exploratrice donnera un liquide transparent comme de l'eau de roche, et dans lequel on trouvera des crochets.

Utérus mal formé surtout utérus double. — Leur rareté fait qu'on ne pense pas à leur possibilité.

On peut y penser quand la cloison vaginale existe. Mais même existant, le cloisonnement vaginal peut très bien rester ignoré si la cloison est reportée latéralement contre la paroi de l'hémivagin non fonctionnel.

De plus, la cloison vaginale peut être incomplète, n'existant qu'à la partie supérieure du vagin et n'être prise que pour une simple bride.

En outre, le cloisonnement du vagin peut exister sans que l'utérus soit double.

Aussi très souvent le toucher fournit les renseignements suivants :

Vagin et col d'apparence normale, et deux masses abdominales ou pelviennes.

Le seul moyen de contrôle est le cliché radiographique après injection intracavitaire de lipiodol.

Le diagnostic n'est jamais fait en cas de rétention de un ou deux fœtus morts dans des grossesses géminelles ectopiques.



En général, dans la grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant ou avec fœtus mort ; la grossesse étant connue, le diagnostic est souvent fait.

Mais si la grossesse était méconnue et la rétention du fœtus mort déjà ancienne, le diagnostic devient très difficile.

La femme vient consulter après dix ou vingt ans, on trouve une tumeur très dure dans l'abdomen. On pense à un fibrome calcifié, à un cancer, à un fécalome, à une tumeur de l'ovaire ou du ligament large, ou c'est un abcès plus ou moins localisé du pelvis ou de l'abdomen ou une fistule.

C'est à l'intervention que l'on s'aperçoit de son erreur et qu'il y avait une grossesse extra utérine.

A la période d'infection du kyste, le diagnostic se posera avec de nombreuses infections, surtout si le médecin ne pense pas à la grossesse ectopique.

On pense à une péritonite localisée, à une salpingite suppurée, à un phlegmon du ligament large, à un phlegmon périnéphrétique, à un kyste de l'ovaire infecté, à la nécrose d'un fibrome sous-péritonéal, à une appendicite localisée.

Si la poche abcédée s'ouvre dans un viscère, le diagnostic se posera avec les pyuries, les suppurations

et fistules rectales, les suppurations et fistules vaginales.

Dans tous ces cas, la constatation de débris de squelette facilite le diagnostic. Il faudra également distinguer la septicémie, pyohémie, cachexie suite d'infection du kyste fœtal.

TRAITEMENT

L'expectative n'est plus de mise. L'intervention chirurgicale est toujours indiquée par crainte des accidents graves qui peuvent toujours éclater.

L'opération est toujours indiquée sitôt le diagnostic posé :

que le fœtus soit vivant,
qu'il soit mort récemment mais parfois alors
il est préférable d'attendre quelques semaines,
ou après une longue rétention.

Le fœtus est vivant.

Dans ce cas, la circulation du petit bassin et de l'abdomen est très développée, le placenta est très adhérent et au cours de l'intervention des hémorragies redoutables apparaissent, que le tamponnement des surfaces saignantes n'arrête pas.

Pour cette raison, un certain nombre de chirurgiens préfèrent attendre la mort du fœtus et n'intervenir que lorsque la réduction de la circulation sanguine permet de redouter moins ce danger.

Surtout on admet qu'alors plus de la majorité des enfants (58 %) meurent dans les vingt-quatre heures.

Parmi ceux qui survivent :

1/4 succombent dans les dix premiers jours,
1/4 au cours de la première année,
18 % entre deux et cinq ans,
32 % ont dépassé 5 ans.

Sur les 30 % de vivants on constate à la naissance
des malformations variées du crâne, du thorax,
des mains et pieds bots,
de plus, souvent placenta mal nourri et comme
conséquence débilité du fœtus de poids inférieur à la normale.

A ces objections, le Professeur BRINDEAU répond
(dans le Bulletin de l'Académie de Médecine, séance
du 29 mai 1934) :

Je pense que cette attente peut être dangereuse, car
la femme n'est pas à l'abri d'accidents (ruptures vasculaires, déchirure du kyste fœtal, obstructions intestinales, etc...) En outre, assez souvent on peut extraire un fœtus vivant et normal.

Il nous semble qu'une bonne radio peut préciser
l'aspect et la valeur du fœtus.

Si le diagnostic est fait au bout de sept mois, il est préférable d'attendre le huitième mois ou le huitième mois et demi pour intervenir, car dans cet intervalle il n'est pas noté d'accident grave ; ne pas attendre le neuvième mois, car il est à craindre le faux travail.

Le fœtus est mort.

L'opération est alors beaucoup plus facile et on peut alors souvent tout enlever. En effet, après la

mort du fœtus, il y a régression de tous les vaisseaux qui se rendent à la poche fœtale et l'ablation de la poche est plus facile.

LITZMANN conseille d'attendre quatre mois.

KUKLEY conseille d'attendre trois mois.

PINARD opère avant le retour des règles.

« L'époque de choix est entre quatre et six semaines après la mort du fœtus. » (Prof. BRINDEAU.)

Et malgré l'expectative qui ne rend plus dangereux le décollement du placenta devenu exangue, l'intervention peut être mortelle chez une femme qui résorbe les produits toxiques de son œuf mort en plein péritoine.

Exemple notre observation de Mme V..., qui est un cas encore plus brutal que celui cité par Raymond BERNARD dans la *Presse Médicale* du 19 février 1930 (Conduite à tenir en présence d'une rétention de fœtus ectopique mort) :

...bien que l'opération eût été facile et rapide, le cas s'est terminé par la mort presque sur la table, véritablement à la manière du choc toxique.

...dans la littérature, des observations semblables dans lesquelles les auteurs parlent aussi de choc toxique...

...pendant toute la grossesse, hémorragies répétées...

...Intervention sans peine et sans la moindre hémorragie... Mickulicz... durée totale 40 minutes...

...on s'aperçoit à ce moment que la femme n'a plus de pouls.

Malgré le traitement habituel du choc, *elle meurt presque instantanément.*

« ...L'impression était véritablement celle d'un choc toxique. Il nous semble vraisemblable de supposer que le choc a été déterminé par une résorption massive des produits de désintégration.

« Nous avons trouvé des observations semblables dans lesquelles les auteurs parlent de *choc toxique*, de *choc anaphylactique*, de *toxémie*. Parmi elles, quelques-unes, d'opérations rapides (notamment une qui dure 20 minutes) nous ont paru particulièrement démonstratives. Toutes parlent de tachycardie ou de pouls incomptable, qui semblent justifier ces hypothèses de choc toxique. Dès lors, il semble que l'extirpation soit une opération dangereuse. »

Technique opératoire (P. Brindeau et Jeannin).

On pratique une laparotomie médiane. L'abdomen ouvert, on explore les rapports du sac ectopique avec les différents viscères abdominaux.

Si le kyste fœtal est libre, on l'extériorise comme s'il s'agissait d'un utérus et on peut, dans certains cas, enlever l'œuf en bloc.

De toute façon, dès que la surface libre est suffisante pour laisser passer le fœtus, on incise le sac pour extraire l'enfant.

Extraction du fœtus.

On ponctionne le kyste au bistouri, on agrandit l'incision.

La main, introduite dans la poche, recherche les pieds du fœtus, qu'elle extrait.

Si le kyste fœtal est absent, on trouve le fœtus libre dans la cavité péritonéale, on extrait l'enfant et on coupe le cordon, le plus près possible du placenta.

Quand le kyste fœtal existe et que le placenta s'insère sur la face antérieure de ce kyste, il faut l'éviter, inciser la poche où il n'y a pas de placenta et c'est assez facile. Sans cela, il faut se résigner à passer à travers le placenta.

Traitement du placenta.

Il y a plusieurs méthodes :

le laisser en place dans l'abdomen;

le laisser en place en drainant la poche; marsupialisation;

l'enlever ou marsupialiser après extraction incomplète.

ABANDON DU PLACENTA.

Après extraction de l'enfant on ferme le sac sur le placenta et s'il n'y a pas de sac on referme l'abdomen simplement.

Ce procédé a été préconisé par les Italiens (NEGRI), par un Français (VIGNARD).

Le Professeur BRINDEAU a suivi cette technique et voici une de ses observations présentée au Bulletin de l'Académie de Médecine, séance du 29 mai 1934 :

« Le fœtus était à terme et bien constitué. Il s'agissait d'un kyste fœtal libre dans la cavité péritonéale. Nous

avons pu suivre l'évolution de la résorption du placenta car celui-ci était situé assez bas dans le Douglas. Il diminua peu dans les premiers mois, puis le toucher vaginal permit de suivre progressivement la réduction de la masse placentaire. Au bout d'un an, il était impossible d'en retrouver trace. Ajoutons que les suites opératoires ont été normales et que la femme n'a jamais eu de montée laiteuse, comme si la présence du placenta avait joué le rôle d'une hormone empêchante. »

« Dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie* de février 1937, M. Marcel METZGER ne conseille d'abandonner le placenta que dans des cas très particuliers de placentas disséminés.

« Il n'est sans doute pas indifférent de laisser cette énorme masse de matières albuminoïdes se résorber dans l'organisme.

« Dans un cas que j'ai opéré, il y a quelques années, j'ai assisté aux faits suivants : Une malade qui avait eu antérieurement une première grossesse extra-utérine, fit une nouvelle grossesse ; celle-ci fut considérée comme normale malgré les troubles qui l'accompagnaient. Au moment du terme, des douleurs se déclenchent : on laisse la femme en travail pendant près de trois jours, bien qu'on n'ait pas trouvé le col. Appelée en consultation, je ne puis atteindre le col, mais je fais le diagnostic de grossesse extra-utérine. Contrairement à ce qui se passe d'habitude, le fœtus est vivant. Je lie le cordon et referme le ventre sans m'occuper du placenta, en me basant sur les observations récemment publiées.

« La malade mourut au bout de cinq jours sans traces d'infection ni de péritonite (j'avais vérifié, en enlevant quelques sutures pariétales). Elle présentait des phénomènes toxiques imprécis et surtout un amaigrissement

incompréhensible que l'on essaya vainement de combattre par de l'insuline.

J'ai pensé qu'il aurait mieux valu faire une marsupialisation qui aurait permis l'élimination du placenta au lieu de compter sur sa résorption. »

Le cas METZGER d'abandon du placenta est peut-être une forme atténuée et retardée de ces accidents par résorption ovulaire. D'où l'intérêt du dosage de la polypeptidémie, de l'urémie et de la recherche du coefficient de Maillart.

MARSUPIALISATION.

Quand on craint que l'extraction du placenta détermine des hémorragies importantes, difficiles à enrayer, on marsupialise la poche.

Une fois le fœtus extrait et le cordon coupé au ras du placenta, on suture les parois du kyste fœtal aux lèvres de la plaie pariétale abdominale. Le placenta est laissé en place et la poche reste ouverte à l'extérieur. La poche est drainée, tamponnée. On surveille l'élimination du placenta et on pratique des lavages antiseptiques faibles.

Ce procédé, qui a de nombreux partisans, présente de réels inconvénients.

Il expose aux hémorragies secondaires, à l'éventration consécutive. Mais ce sont surtout les accidents infectieux qu'il faut craindre le plus (40 % de morts).

PINARD n'aurait pas eu un seul accident sur 17 marsupialisations.

Les statistiques modernes donnent 40 % de mortalité.

Il est préférable d'ajouter à la marsupialisation un Mickulicz dans les poches marsupiales.

EXTRACTION DU PLACENTA.

Cette méthode doit être appliquée toutes les fois qu'elle est possible.

Cette méthode expose à des hémorragies d'autant plus considérables que le placenta s'insère sur une grande surface.

Quand l'hémorragie est trop abondante on tamponne et on se borne à marsupialiser.

Il faudra toujours chercher à décoller un placenta discoïde.

Clivage à la main (COURTOIS).

D'après PALLIEZ, la mortalité, que l'on procède ou non à l'ablation du placenta, est la même.

Dans l'opération avec ablation du placenta, PALLIEZ eût, sur 67 cas, une mortalité de 13,4 %.

Traitement du sac.

Il faut toujours explorer les rapports de ce sac avec les organes voisins et en particulier avec l'utérus qu'il faut toujours rechercher avant de décoller le sac. On attaque le décollement du sac dans une zone avasculaire, on repère le pédicule utéro-ovarien que l'on pince avec un ou plusieurs clamps ; et si la poche est difficilement séparable de l'utérus, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'hystérectomie.

COURTOIS est volontiers partisan d'abandonner le sac à la moindre difficulté de décollement, mais préfère laisser un Mickulicz.

En conclusion : Si l'on a affaire à une grossesse entièrement développée aux dépens de la trompe sans adhérence aux organes voisins, on extirpe en un bloc la poche gravidé.

Si l'on a affaire à une grossesse abdominale à placenta s'insérant sur une large zone, on extrait le fœtus, on ferme la paroi sans drainage; le placenta reste en place et se résorbera aseptiquement.

Si on a affaire à une grossesse intraligamentaire, voici ce que dit le Professeur BRINDEAU :

« On assure l'hémostase préventive en plaçant des clamps sur les pédicules vasculaires. Si la poche est difficilement séparable de l'utérus il ne faut pas hésiter à pratiquer l'hystérectomie, en commençant par sectionner le ligament large du côté sain ; il devient alors possible de passer sous la poche pour la décoller. »

De toutes façons il faut presque toujours essayer de décoller le placenta et d'extirper le sac, et ce n'est que dans les cas où :

« la libération du kyste fœtal ne peut être complète à cause d'adhérences trop intimes (principalement au niveau du petit bassin) qu'on réséquera alors la plus grande partie de la poche et que l'on marsupialisera le reste à la paroi. » (BRINDEAU). J'ajouterai un Mickulicz.

« En résumé, le pronostic opératoire de la grossesse extra-utérine aux environs du terme s'est grandement

amélioré. L'intervention pourra être le plus souvent radicale et la marsupialisation de la poche deviendra de plus en plus rarement indiquée. »

M. BRINDEAU conseille d'être éclectique, tout en tenant à faire à terme une intervention aussi complète que possible. Incision large remontant au-dessus de l'ombilic et examen des possibilités opératoires ventre ouvert.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Mme V. M., âgée de 37 ans, est envoyée au service de la maternité le 27-8-37.

Elle est enceinte de neuf mois et l'hypothèse de fibrôme prœvia a été posée en discussion avec grossesse angulaire.

Cette malade a été hospitalisée cinq ans avant dans un service de phtisiologie, présentant de la toux, de l'amai-grissement. Du bacille de Koch a été trouvé dans les crachats.

L'examen clinique et radiologique montre à cette date une atteinte au poumon gauche. Un pneumothorax est pratiqué, compliqué six mois plus tard d'un épanchement purulent qui a déterminé ponctions et lavages de plèvre.

Actuellement elle présente un état excellent.

Elle a toujours été bien réglée et n'a jamais eu de pertes blanches.

Ses dernières règles remontent au 17 novembre 1936 et dans les deux mois qui suivirent elle a présenté des douleurs dans le bas-ventre, de petites pertes de sang brunâtres sans caillots. Le médecin consulté lui a conseillé le repos au lit.

De février au terme de sa grossesse, fin septembre 1937, la malade n'a noté aucun symptôme particulier. Elle a d'ailleurs été hospitalisée dans le même service de phtisiologie où elle a été traitée.

Pendant tout son séjour, la malade n'a rien présenté sauf à partir du jeudi 5 octobre, où la malade a alors eu de violentes douleurs abdominales : elle ne sent plus

remuer le fœtus. On note la disparition des bruits du cœur, du subictère, de l'anorexie, de l'amaigrissement,



FIGURE 1

et cet état n'a fait qu'augmenter sans que la malade n'entre réellement en travail.

Le 20 octobre il y a une montée laiteuse.

De novembre à décembre, la rétention de cet œuf mort ne détermine aucun malaise chez cette malade, « la malade dit ne s'être jamais si bien portée ».



FIGURE 2

C'est alors que de nouveaux signes d'intolérance apparaissent (amaigrissement, petites hémorragies distillantes, gingivales, nasales et utérines).

A l'inspection on note un tassement du globe utérin de 42 cm. à 33 cm., la paroi semble partout épaisse.

Au toucher on a beaucoup de mal à sentir le col, très déporté sur la gauche, tandis que l'on sent une masse dure irrégulière, arrondie, épaisse qui comble l'aire du D.S. et semble être une tête fœtale ou un fibrome provia, on pense à la possibilité d'une grossesse extra-utérine et on décide de pratiquer un catheterisme du col uterin suivi d'une injection de lipiodol.

1^{er} décembre. — Tentative infructueuse de cathétérisation du col. Le lendemain, malgré une anesthésie au chloroforme, une nouvelle tentative ne peut être pratiquée et nous décidons de prendre une radiographie de face et de profil que nous reproduisons fig. 1 et 2.

C'est alors que la femme saignant abondamment par le vagin et choquée, l'intervention par voie haute est entreprise immédiatement après.

Au début de l'anesthésie, syncope difficile à rétablir malgré le traitement.

Laparotomie médiane et sus-ombilicale.

On tombe sur une grosse masse violacée qui présente à s'y méprendre la morphologie externe d'un utérus grvide : teinte violacée avec des vaisseaux visibles serpentant sous le péritoine.

Cependant on note des anomalies : la trompe droite cravate le pôle supéro-antérieur de la masse et semble même incluse dans cette masse à la partie moyenne. L'ovaire et le pavillon sont visibles.

On libère entre deux pinces une adhérence du pôle supérieur de la masse avec une anse grêle. Malgré tout, il reste difficile d'extérioriser la masse. Aussi décide-t-on de vider la poche, seul moyen d'aborder son bord inférieur inclus dans le petit bassin.

La ponction au bistouri fait jaillir un flot de liquide verdâtre, purée de pois.

On agrandit et on retire un fœtus macéré, fille bien

constituée, 3 k. 300 avec son cordon et quelques débris placentaires.

Il est toujours difficile de s'orienter, mais on reconnaît pourtant l'utérus sensiblement normal (gros comme le poing) logé presque complètement sous la masse.

On continue de disséquer prudemment cette masse libérant des adhérences multiples avec la vessie en avant, le sigmoïde à gauche, mais il est impossible de la décoller en arrière d'avec la paroi postérieure.

Après libération de tout ce qui est libérable, c'est-à-dire la totalité de la poche, sauf la paroi postérieure vraiment trop adhérente, on enlève l'utérus par hystérectomie totale; on vérifie l'intégrité du rectum, du sigmoïde et du grêle et on place deux Mickulicz, un dans le fond de la poche resté en place, l'autre au-dessus dans l'étage supérieur du Douglas. On ferme au bronze.

Cette opération dura une heure un quart et la malade perdit beaucoup de sang, nécessitant une transfusion de 400 cm³. Elle est morte peu après l'intervention par syncope semblable à celle du début (voir fig. 3, laquelle résume la radiographie, la clinique et l'intervention).

OBSERVATION II. — Mme Z. M..., mariée depuis sept ans, a présenté quatre ans après une fausse-couche accidentelle d'un mois, qui a déterminé un curettage.

Elle n'a jamais été bien réglée, restant un ou deux mois sans menstruation.

Depuis sa puberté, elle présente des pertes blanches qui n'empêchent pas le linge.

Ses dernières règles datent du 27 octobre 1937.

Le 17 décembre a présenté quelques pertes de sang minimales rouges sans caillot; elle consulte le médecin vers le 30 décembre qui lui conseille le repos au lit et de la glace sur le ventre.

Dans cet intervalle, aucune perte de sang, quelques douleurs dans le bas-ventre, fosse iliaque droite et gauche, douleurs mises sur le compte de la constipation.

Le 15 mars, elle reprend son travail.

Mais le 17 apparaît de nouveau quelques pertes rosées; le médecin conseille de nouveau le repos au lit.

Elle reste huit jours au lit, se relève, mais de nouveau des pertes rosâtres la décide à se recoucher huit jours.

C'est alors que la reprise de son travail n'a plus été suivie de pertes rouges jusqu'à la fin de sa grossesse.

Elle a senti son enfant remuer vers le cinquième mois et les bruits du cœur étaient normaux.

A la fin de sa grossesse, sous le conseil de son médecin, elle est allée, pour présentation de l'épaule, consulter le Docteur Courtois qui a pensé à une gemellaire avec présentation transversale d'un des deux jumeaux (en effet, une tête dans la fosse iliaque et une en bas (c'était l'utérus).

On fait alors une radiographie qui montre un fœtus en transverse, la tête à gauche dans la fosse iliaque.

Après cette radio, elle ne sent plus remuer son enfant.

Elle n'a point présenté de faux travail, ni de montée laiteuse.

A l'examen, on est frappé de l'asymétrie du ventre beaucoup plus développée à gauche qu'à droite. Au palper, l'excavation semble vide et on sent une masse énorme qui occupe la partie supérieure de l'abdomen (voir fig. 4 et 5). Cette masse est dure, sans bosselure, légèrement mobile. L'auscultation ne révèle pas de bruits du cœur, ni aucun mouvement actif. Le toucher montre un col petit, dur, refoulé derrière le pubis et immédiatement derrière lui une masse dure faisant corps avec la tumeur abdominale et qui semble être une tête fœtale.

Une stéréoradiographie pratiquée en Trendelenburg,

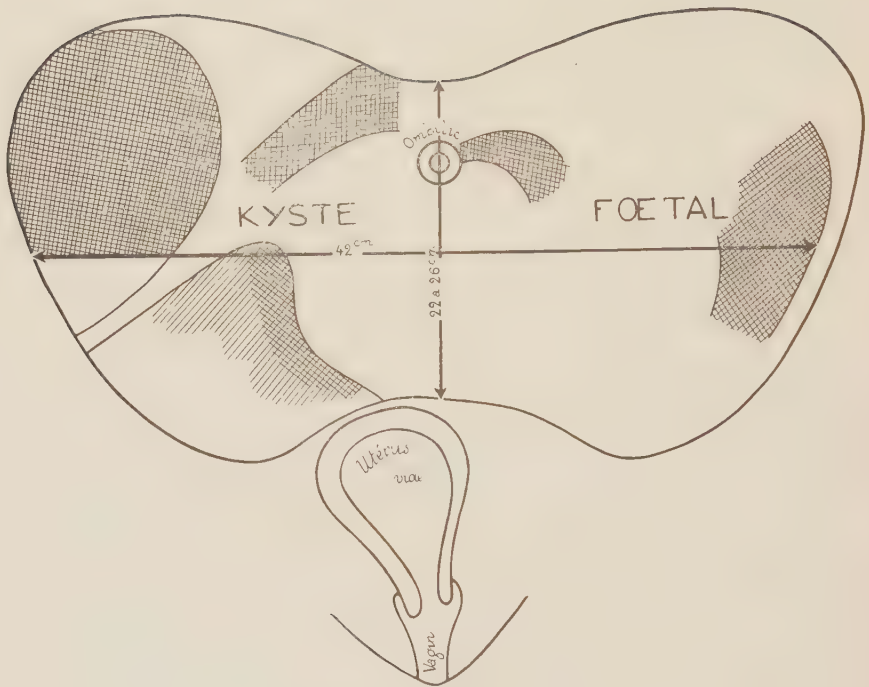


FIG. 4. — Schéma de face en décubitus horizontal.
Examen sous anesthésie.
(En hachures, les parties dures à la palpation)

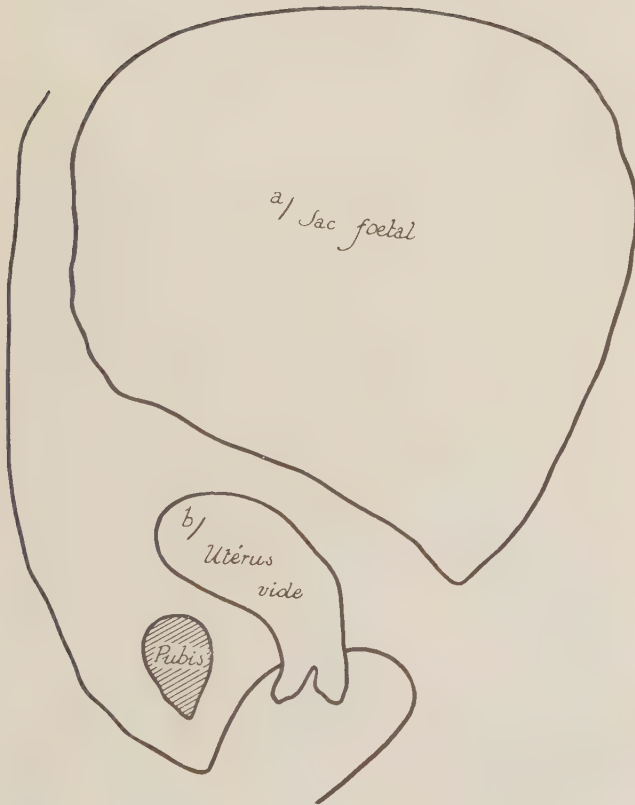


FIG. 5. — Schéma de profil :

- a) Le sac foetal se déplace surtout en Trendelenburg, est peu contractile et de consistance inégale.
Le fœtus est étalé, spiralé, il est impossible de le préciser.
- b) Uterus vide d'un gros point et demi à deux poings donnant l'impression d'une seconde présentation.



FIGURE 6

par M. CONTREMOULINS montre bien la présence d'un fœtus haut dont la tête occupe la partie droite de l'abdomen, le thorax le côté gauche. Une injection de lipiodol dans la cavité utérine montre une cavité utérine vide à direction antéro-postérieure gauche, le toucher intra-utérin confirme l'injection de lipiodol et la radio (voir fig. 6).

Voici les résultats des examens de laboratoire pratiqués chez cette malade quelques jours avant l'intervention :

dans le sang :	urée.....	0,25 %
	glycémie	0,82
	réserve alcaline.	55,9
dans les urines :	albumine.....	0
	glucose	0
	urée	0,43 %
	coefficient de Maillart	6,4 %

Laparotomie sous et sus-ombilicale.

On est frappé par l'aspect du péritoine qui est épais et laiteux. Dès l'ouverture le fœtus apparaît immédiatement. Il est libre dans la cavité abdominale et rattaché par un cordon court et très épais à une masse à paroi lisse rougeâtre qui plonge dans le Douglas.

On note une adhérence avec une frange épiploïque que l'on sectionne entre deux pinces. Cette masse placentaire de plus, adhère par un court et double pédicule à la corne utérine gauche. Ce pédicule correspond à l'extrémité utérine de la trompe et au pédicule tubo-ovarien.

On sectionne ces pédicules tubaire et tubo-ovarien et on trouve un plan de clivage facile en arrière de la tumeur dans le Douglas. On peut assez aisément énucléer la tumeur sans l'ouvrir en la relevant.

Double Mickulicz, un dans le Douglas et l'autre en avant de la vessie, et fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

Pas de température et la malade guérit sans incidents.

Cette observation est très intéressante car elle permet d'insister sur quelques points :

1° Sur la difficulté du diagnostic de grossesse extra-utérine chez cette malade au cours de l'évolution de sa grossesse que ce soit au début ou à la fin.

En effet, à aucun moment elle n'a présenté des douleurs, peut-être une seule fois, mais très discutables puisqu'elles ont été expliquées par la constipation. Même à la fin de sa grossesse, il n'y a plus eu de pertes de sang et aucune douleur. Il n'y a eu aucune ébauche de faux travail.

A l'examen on pensait à deux jumeaux, la masse utérine donnant l'impression d'une tête.

2° Sur l'importance de la radiographie d'une part qui nous a montré la présence d'un seul fœtus en épaule et du lipidol qui nous montrait l'utérus vide.

3° Enfin sur le mode opératoire : le clivage rétrograde à la main nous a paru faciliter grandement l'isolement du sac ovulaire et nous a permis d'énucléer la tumeur sans aucun risque de déchirure du rectum.

Comme il y avait peu d'adhérences, l'utérus a pu être conservé et cette jeune femme pourra peut-être mener à bien plus tard de nouvelles grossesses.

Annexe.

OBSERVATION du Dr GIGON : *un cas de grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au terme.*

Mme Gr., 37 ans, se présente à ma consultation le

8 janvier 1938 me disant attendre son accouchement depuis trois mois.

Sans antécédents héréditaires ni personnels, ses antécédents obstétricaux sont les suivants :

une grossesse à 23 ans,
une — à 26 ans,
une --- à 28 ans.

toutes normales terminées par des accouchements normaux à terme sans suites pathologiques.

La malade voit ses règles pour la dernière fois du 10 au 15 janvier 1937, règles normales quant à leur durée et à leur importance. Jusqu'au 15 mars aucun malaise. A partir de cette date elle ressent des douleurs vives dans la fosse iliaque gauche, douleurs en éclairs, dit-elle. Le 30 mars, ses douleurs sont plus violentes, très à gauche, s'accompagnant d'un état vaguement lipothymique et sont caractérisées par des envies de pousser. Elle ne perd pas de sang.

Le médecin appelé dans la nuit parle de fausse-couche possible et lui ordonne quinze jours de repos. Le lendemain les douleurs sont encore violentes mais plus supportables.

A partir de ce moment, la malade qui n'a toujours eu aucune perte sanguine continue à souffrir légèrement dans la fosse iliaque gauche et se met à grossir. La sage-femme qui l'a vue a bien noté que les bruits du cœur étaient sourds et la malade n'a perçu les mouvements actifs de son fœtus que faiblement. La grossesse se poursuit sans autre incident.

Le 6 octobre 1937, c'est-à-dire presque au terme de sa grossesse, de minuit à 3 heures, elle ressent des coliques violentes dans les reins. Elle se plaint de bouffées de chaleur et de transpiration. La journée les douleurs se calment pour reprendre la nuit suivante. Il en est ainsi

jusqu'au 20 des douleurs nocturnes. Le jour il subsiste seulement une pesanteur au niveau du bas-ventre.

Du 19 octobre au 1^{er} novembre, la malade ne souffre plus. Les nuits du 1^{er} au 2 sont de nouveau douloureuses et tout rentre dans l'ordre.

Le 19 novembre, la malade voit ses règles, non douloureuses, mais abondantes, elles durent cinq jours.

Le 5 janvier, nouvelle menstruation normale comme quantité et qualité.

Le 8 janvier, elle se présente à ma consultation et je décide l'intervention.

OBSERVATION de grossesse tubaire à terme avec mère et enfant vivants par M. DALÉAS et MARSIL (DE PNOM PENH) où le diagnostic de placenta prævia a été posé.

Meaug Saugoum, âgée de 16 ans, primipare cambodgienne entre le 6 décembre 1928 à la maternité à 18 h.

Le lendemain matin perdant du sang la sage-femme la montre. Bruits de cœur nets et réguliers à 140.

Au toucher on constate col très élevé, long entr'ouvert et à son orifice externe se présente un tissu granuleux, saignant qui est pris pour du placenta.

Le corps utérin est inaccessible tant il est élevé,

La paroi abdominale est musclée, résistante et tendue. Très difficilement on soupçonne une présentation du siège. Hauteur utérine : 34.

Une injection de morphine n'améliore pas les conditions d'examen et c'est avec le diagnostic de placenta prævia avec fœtus vivant et près du terme que l'intervention est décidée.

La caduque en voie d'expulsion jointe à l'hémorragie et à la grande hauteur de la présentation fut la cause de l'erreur.

CONCLUSIONS

Les nombreux cas déjà publiés de grossesse extra-utérine près du terme, ainsi que les travaux qui ont été consacrés récemment à cette question permettent de tenter un essai de mise au point du diagnostic positif, différentiel, ainsi que de la conduite à tenir.

La fréquence des cas à terme n'atteint pas 1/10^e des grossesses extra-utérines.

L'implantation la plus fréquente est la greffe de l'œuf dans la région du ligament large; accessoirement greffe abdominale, exceptionnellement greffe au niveau de l'ovaire.

Les grands dangers de la grossesse extra-utérine à terme sont :

pour la mère :

la mort subite d'origine toxique;

la mort rapide par hémorragie en cas de décollement du placenta tant que l'œuf est vivant;

la mort par infection dans les rétentions négligées.

pour le fœtus :

les malformations;

la mort rapide au cours du faux travail.

La symptomatologie de la grossesse extra-utérine est surtout caractérisée par des douleurs, des tendances à l'occlusion, assez souvent des pertes de sang.

Il faut toujours s'attacher à préciser la position et la forme de l'utérus, ainsi que la situation du fœtus par rapport à celui-ci. En position de Trendelenburg on peut parfois espérer séparer nettement par ascension le fœtus de l'utérus.

L'examen radiologique montre, après injection lipiodolée intra-utérine, un utérus vide et un fœtus en dehors de lui.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec toutes les hémorragies, les occlusions, les syndromes douloureux, les tumeurs prævia de la gestante à terme.

Dans le doute c'est souvent la laparotomie qui tranchera. Mais il importe de choisir soigneusement le moment de cette intervention quand il n'y a pas NÉCESSITÉ.

Pour l'enfant (début d'un faux travail);

Pour la mère (infection du kyste fœtal).

Dans les cas de CHOIX où le diagnostic a pu être fait à temps, il est préférable d'opérer au cours du neuvième mois, afin d'obtenir un enfant vivant.

Si, au contraire, le fœtus vient de mourir, il convient d'attendre six semaines l'arrêt de la circulation placentaire afin d'éviter les hémorragies. Même dans ce cas l'on n'interviendra que si l'examen chimique du sang n'indique pas une intoxication trop massive par les substances de désassimilation ovulaire.

Le procédé opératoire variera :

selon la zone d'insertion du placenta;

selon la constitution anatomique du kyste ovulaire; selon qu'il s'agit d'un fœtus vivant ou mort.

Toutes les fois qu'un clivage prudent sera possible, avec douceur, on le tentera.

Si certaines parties sont trop adhérentes, on les abandonnera.

Si le placenta est inséré dans le pelvis, l'hystérectomie préalable facilitera son ablation dans de nombreux cas.

Un placenta diffus, étalé sur les viscères, demandera son abandon dans le ventre.

La présence d'un sac trop adhérent, inextirpable, exigera d'être marsupialisé.

Sur toutes les zones cruentées qu'on est obligé d'abandonner dans le ventre il est bon d'appliquer un Mickulicz, dans lequel on tassera un tamponnement composé de plusieurs mèches.

Dans les cas infectés, tardifs, on se contentera d'extraire les débris fœtaux ou ovulaires accessibles, et de drainer largement.

EN RÉSUMÉ la grossesse extra-utérine à terme est actuellement bien mieux connue et son traitement comporte moins de mortalité maternelle et fœtale que jadis.

Vu :
LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à celle du Dr COURTOIS il suffit de se reporter à sa thèse parue en 1928.

- ANDERSON. — Grossesse extra-utérine à terme (*The Brit. Med. Journ.*, 19 septembre 1936, p. 589).
- AZA (V.). — Gestacion abdominal con feto a termino vivo (*Arch. de med. cir. y espec.*, 27, 29 octobre 1927, pp. 487-493).
- BEGOUIN (P.) et POUYET (M.). — Une grossesse extra-utérine arrivée par exception à terme est rarement reconnue tant que le fœtus est vivant (*Le Concours méd.*, n° 43, 25 octobre 1936).
- BOERMA (N. J. A. F.). — Two cases of full term extra-uterine pregnancy (*Nederl. Tijdschr. V. Geneesk.*, 78, 4958-63, 27 octobre 1934).
- BOOGAART (H. S.). — Surgical intervention in full term extra-uterine pregnancy (*Nederl. Tijdschr. v. geneesk.*, 79 ; 5223-31, 9 novembre 1935).
- BOURG. — Considérations biologiques et chimiques à propos de la grossesse extra-utérine ; application du dosage de la gravidine (*Soc. belge de Gynéc. et d'Obst.*, S., 4 avril 1936, *La Gynécologie*, décembre 1936).
- BORRAS. — Grossesse ectopique rompue simulant un ulcère perforé de l'estomac (*Bol. de la Soc. cir. de Rosario*, t. 2, n° 3, juin 1935, in *Journ. de chir.*, t. 46, novembre 1935).

- BUNKLEY (F. T.) et BRINDLEY (G. V.). — Extra-uterine pregnancy, with delivery of living baby (*Texas State J. Med.*, 26 : 571-573, décembre 1930).
- CALDERINI. — Gravidanza extra uterina a termina madre e bambino vivente (*Arch. di ostet. e gineco.*, 1908, 2^e série, vol. I, p. 647).
- CALDWELL (E. V.). — Full term extra-uterine pregnancy with both and baby living and well (*South M. J.*, 24 : 729, août 1931).
- CAMPIONE. — Gravidanza extra uterina a termina madre e bambi no vivente (*Arch. di ostet. e ginec.*, 1908, 2^e série, vol. I, p. 647).
- CERISOLA. — Deux cas de grossesse extra et intra-utérine (*Cir. y cirujanos, Mexico*, an. 4, n^o 5, août, septembre, octobre 1936).
- CERSKUS (A.). — Case of full term abdominal pregnancy (*Medicina Kaunas*, 18 : 820-3, octobre 1937).
- CHANINA-GALDUK (F.). — Über eine ausgetragane Tuben-gravidität mit Erhalten einer lebenden Frucht (*Monatschr. f. geburts u. gynak*, 34 : 22-28, avril 1933).
- CLEMENTE (G.). — Gravidanza abdominale all'ottavomese con feto vivente (*Ann. di ostet. e ginec.*, 55 : 1479-93, septembre 30, 1933).
- CRICHTON (E. C.). — Full time ectopic pregnancy ; report of 3 cases (*South African M. J.*, II : 229-230, 10 avril 1937).
- DALEAS et MARRICQ. — Grossesse tubaire à terme avec mère et enfant vivants (*Bull. soc. d'Obst. et de Gyn.*, 18 : 658-660, novembre 1929).
- DALY (W. P.). — Case of intra-abdominal pregnancy with living child (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 13 : 649, mai 1927).

- DANERS (H.). — Ausgetragen ektopic che schwangerschaft (*Zentralbl. f. gynak.*, 59 : 212-218, 26 janvier 1935).
- DECANIO (A.). — Gravidez tuberia a termo sen ruptura (*Ann. pauli sta de med. e. cir.*, 34 : 5, juillet 1936).
- DEMLIN. — Grossesse ectopique avec enfant vivant. Hypertrophie volumineuse du col. Laparatomie au voisinage du terme. Extraction de l'enfant vivant, du placenta et des membranes. Guérison (*Thèse de Paris*, 1918). —
- DORMAN. — Deux cas de grossesse ectopique abdominale opérés au voisinage du terme. Enfant vivant. (*Am. J. Obst.*, New-York, 1919, LXXIX, p. 782).
- DORMAN. — Grossesse ectopique à terme avec enfant vivant (*Am. J. Obst. and Gyn.*, Saint-Louis, 1923, VI, p. 219).
- DRIVER (A. H.). — Case of full term abdominal pregnancy living mother and child (*Indian M. Gaz.*, 65 : 273-274, mai 1930).
- EISAMAN (J. R.) et ZIEGLER (C. E.). — Abdominal pregnancy report of case with full term living infant and recovery of mother (*J. A. M. A.*, 104 : 2175-76, 15 juin 1935).
- ELSHOLDZ. — Ubertragene extrante rine graviditat (*Ztschr. f. Geburtsh, u gynak.*, 115 : 489-95, 1937).
- ENO. — Grossesse abdominale avec délivrance à terme d'enfant vivant (*The Chinese Med. Journ.* (P. U. M. C. Peipongs) an. 51, N° 1, Janv. 1937, p. 33.)
- Fabien GAGNON. — Grossesse ectopique à terme (*Bull. de la Soc. des Hôp. de Québec*, N° 12, 9 déc. 1934).
- FERNANDES (M.). — Prenhez ectopia a termo (consideracoes sobre dois casos). (*Arq. de cir. e ortop.*, 1 : 170-78, déc. 1933).

- FERGUSON (J. A.) et OTIS (I. S.). — Full term unilateral tubal twin pregnancy (*Am. J. Obst. et Gyn.*, 30 : 139-141, juillet 1935).
- FINK (H. W.). — Full term tubal pregnancy removed at operation 2 years after expected date of confinement (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 28 : 454, septembre 1934).
- GERRARD (E. A.). — Case of full term ectopic pregnancy (*Clin. J.*, 67 : 117-118, mars 1938).
- GIGON. — Un cas de grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme (*Arch. méd. d'Angers*, N° 4, avril 1938).
- HAUGSETH (K.). — Operation in case of extra-uterine pregnancy with living mother and healthy child (*Norsk. mag. f. lægevidensk.*, 91 : 304, mars 1930).
- HAYES (W.-I.). — Cuse of full term extra-uterine pregnancy (*M. J. Australia*, 2 : 17-8, July 1933).
- HELLMANN (A.-M.), SIMON (H.-J.). — Full term abdominal pregnancy with death of fœtus 2 cases (*Riv. d'ostet e. gynec. prat.*, 17 : 275-82, July 1935).
- HELLMAN (A.-M.), SIMON (H.-J.). — Full term intra abdominal pregnancy (includins summary of cases in littérature) (*Am. J. Surg.*, 29 : 403-13, Sept. 1935).
- HELLMAN (A.-M.), SIMON (H.-J.). — Full term pregnancy with acute sacailation of uterus : case (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 35 : 289-294, fév. 1938).
- HOFFSTROM (K.-A.). — Four cases of full term extra-uterin pregnancy (*Finiska kak sallsk handl*, 77 : 135-49, march 1935).
- HULL (E.-T.). — Uruptured utero interstitial pregnancy at term (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 28 : 452-4, sep. 1934).

- ISRAEL (A.), JABRE (E.). — Un cas de grossesse extra-utérine arrivée à terme (*J. Egyptian M. A.*, 18 : 570-4, aug. 1935).
- LAU (H.). — Ein Beitrag zyr Kasuistik der ovarial graviditat mit lebendem kind (*Zentrabl. f. Gynak.*, 56 : 851-853, 2 avril 1932).
- LONGLEY (E.-G.). — Full term retroperi toncal abdominal pregnancy (*Am. J. surg.*, 27 : 349-52, fév. 1935).
- LOW (E.-B.), H.-J. Mc. CURRICH. — Full term ectopic gestation (*Brit. J.*, 1 : 657-8, 14 avril 1934).
- MICHOLITSCH. (T.). — Ausgetragene Ovarial graviditat mit lebendem kunde (*Zentrabl. f. gynak.*, 51 : 2616-2620, 8 octo. 1927).
- MUNDELL (J.-J.). — Full term abdominal pregnancy report of case (*M. ann. district of Colombia*, 2 : 86-90, avril 1933).
- PATRIK. — Grossesse extra-utérine avancée (*Brit. med. journ.*, 5 juin 1937, p. 1156).
- PELKONEN (E.). — Full term extra-utérine ampullar pregnancy with special consideration of diagnostic (*Duodénium*, 40 : 723-35, 1934).
- PRUYS (W.-M.). — Full term extra-uterine pregnancy (*Geneesk Tidjschr. d. Neederl. indie*, 77 : 1883-90, 10 aug. 1937).
- PRUYS (W.-M.), WIERSEMA (J.-S.). — Full term extra-utérine pregnancy (*Geneesk Tidjschr. d. Neederl. indie*, 76 : 3427-36, 29 déc. 1936).
- REMLETS (R.). — Full term extra-utérine pregnancy (*Nederl. Tidsjchr. d. Geneesk*, 78 : 3528-33, aug. 1934).
- RICHARDS (A.-M.). — Grossesse extra-utérine menée à terme avec un enfant vivant (*British Medic. journ.* N° 3565, 4 mai 1939, p. 807).

- SAVONA (B.). — Due casi di gravidanza abdominale a termine (*Riv. ostet. ginec. prat.*, 17 : 275-82, jully 1935).
- SHIMOMURA (S), MORIWAKI (K.). — Ein fall von bauchhohlenschwangerschaft im monat mit lebenden kind (*Magasaki Igakkai Iazzi*, 13 : 1925, jan. 1935).
- SMITH-WHRIGHT. — Signe de Callen dans la rupture de grossesse ectopique (*The Lancet*, 20 avril 1936, p. 930).
- SNOO (N. de). — Full term extra-utérine pregnancy with monoamniotic twins (*Nederl. Tidjsch. v. Geneeck*, 78 : 1822-8, 28 avril 1936).
- STAPLETON (C.). — Interstitial full term pregnancy (*Brit. M. J.*, 1 : 879, 27 avril 1935).
- STEEL (W.A.). — Full term pregnancy with living child (*Brit. M. J.*, 2 : 62-3, 14 July 1934).
- STOECHEL. — Ein full von musge tragener extra-utérin graviditat (*Ztschr. f. Geburth. u. Gynak*, 106 : 269-73, 1933).
- TAYLOR (A.-B.). — Abdominal pregnancy with living baby delivered at full term (*South African M. J.*, 7 : 437-8, juill. 1933).
- TRAVERSON. — Etude des grossesses extra-utérines à terme avec enfant vivant (*Thèse de Paris*, 1916-17).
- WESCHSLER (B.-B.) — Tubal pregnancy at term (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 25 : 600, avril 1933).
- WEILL (Marc-Adrien). — A propos d'un cas de grossesse extra-utérine avec enfant vivant au delà du 6^e mois (*Soc. d'Obst. et Gynécolog. de Paris*, S. 1^{er} fév. 1937 ; in *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, N° 2, fév. 1937).

